

460

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 22 Juillet 1895 à 1 heure,

PAR

Henri BOUCHER d'ARGIS de GUILLERVILLE

Né à la Ferté-Gaucher (S.-et-M.), le 1^{er} Avril 1864

DE LA
PÉRICARDITE BLENNORRHAGIQUE

Président : M. le professeur FOURNIER.

Juges { MM. POTAIN, professeur,
GLEY, agrégés.
DÉJERINE, }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. CHARLES, LIBRAIRE-ÉDITEUR

8, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE. 8

1895

460

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 22 Juillet 1895 à 1 heure,

PAR

Henri BOUCHER d'ARGIS de GUILLERVILLE

Né à la Ferté-Gaucher (S.-et-M.), le 1^{er} Avril 1864

DE LA
PÉRICARDITE BLENNORRHAGIQUE

Président : M. le professeur FOURNIER.

Juges { MM. POTAIN, professeur,
GLEY, }
DÉJÉRINE, } agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. CHARLES, LIBRAIRE-ÉDITEUR

8, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE. 8

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie.	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.	STRAUS.
Clinique médicale.	{ G. SÉE.
	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Cliniques d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DEJERINE.	LETULLE.	REITTERER.
ANDRÉ.	DELBET.	MARFAN.	RICARD.
BALLET.	FAUCONNIER.	MARIE.	ROGER.
BAR.	GAUCHER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BRISAUD.	GILBERT.	MÉNÉTRIER.	SÉBILEAU.
BRUN.	GLEY.	NÉLATON.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	HEIM.	NETTER.	VARNIER.
CHARRIN.	JALAGUIER.	POIRIER, chef des trav. anat.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LEJARS.	QUENU.	WEISS.

Le Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur Fournier

HOMMAGE DE PROFOND RESPECT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553826_0028

HISTORIQUE

Les manifestations cardiaques de la blennorrhagie ont été l'objet d'une foule de monographies ; peu à peu, en présence du nombre croissant des observations, on est arrivé à décrire séparément l'endocardite blennorrhagique : plusieurs thèses ont été publiées sous ce titre : le moment est peut-être venu d'essayer de décrire la péricardite blennorrhagique. Dans le but d'éviter des redites inutiles nous bornerons ce court historique à ce qui a trait spécialement à la péricardite blennorrhagique.

La première observation est de 1854 : elle a été publiée par Brandes dans les archives générales de médecine : elle lui fut communiquée par Lehmann : nous croyons utile de la rapporter non seulement parce qu'elle est la première en date, mais surtout parce que tous les auteurs y ont attaché une grande importance : elle présente un cas très net de péricardite au cours d'un rhumatisme blennorrhagique.

En 1858 Hervieux publie dans la *Gazette médicale de Paris* une observation intitulée : « Blennorrhagie, douleurs articulaires. Péricardite. »

Ricord écrivait dans le *Traité de la maladie vénérienne* de Hunter (1859) à propos des arthropathies blennorrhagiques :

« J'ai pu constater dans des cas de rhumatismes blennorrhagiques aussi complets que possible, des symptômes d'endocardite et des épanchements dans le péricarde. J'en ai montré des exemples remarquables à ma clinique. »

Sigmund dans le *Wiener Medicin-Woschens*, (1858) signale sans détails la possibilité de complications cardiaques au cours de la blennorrhagie; il a observé plusieurs cas de péricardite dans sa clientèle, en particulier chez la femme : mais dans ses articles aucun cas ne se trouve explicitement rapporté.

Tixier (1866) a publié une observation personnelle.

Güntz (1867) dans le *Schmidt's Jahrbücher* publie une « Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique. » Il y rapporte une observation de péricardite chez un jeune soldat de vingt et un ans qui fut étudié à l'hôpital de Dresde en 1863 : chez ce malade les manifestations articulaires eurent une extrême importance et il mourut avec des phénomènes méningitiques. Bien que nous la reproduisions plus loin, nous reconnaissons volontiers avec Talamon qu'il s'agit peut-être là d'un cas de rhumatisme articulaire franc avec complications cérébrales.

En 1872 Lacassagne fait paraître dans les *Archives*

générales de médecine un mémoire sur les complications cardiaques au cours de la blennorrhagie.

En 1875 paraît la thèse de Vidart contenant une observation personnelle de péricardite blennorrhagique.

En 1878 Talamon publie dans la *Revue de médecine* une excellente revue critique qui marque une des grandes étapes de la question.

En 1886 De Lapersonne dans sa thèse de concours sur les arthrites infectieuses non tuberculeuses donne une observation qui lui a été communiquée par Leloir.

En 1888, thèse de Baisle intitulée : « Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique. » Son observation n°8 que nous publions a trait à un cas de péricardite.

En 1889 Gluzinski in *Przegląd Lekarski...* communique à la société des médecins de Cracovie un très important mémoire sur les complications cardio-vasculaires au cours de la blennorrhagie. Outre les renseignements qu'il donne d'après plusieurs malades qu'il a observés et la description symptomatique qu'il a pu tirer de ces faits, on trouve dans son mémoire une observation détaillée.

Enfin, comme travaux d'ensemble, nous pouvons citer le mémoire de Mac Donnell dans *The American Journal of The medical Science* (1891) sur les complications cardiaques dans le rhumatisme blennorrhagique.

En nous bornant à ces indications générales nous n'avons signalé que les travaux les plus importants : plusieurs auteurs qui n'ont publié que quelques observations séparées, se trouvent cités dans le cours de cette

thèse. Pour le reste, il nous a paru inutile de mentionner un grand nombre de travaux qui n'apportaient aucun fait original.

Nous avons pu rassembler treize observations qui toutes ont rapport à des cas nets de péricardite : c'est d'après elles que nous essaierons la description symptomatique de cette affection.

Sans doute elles ne sont pas également probantes. Dans quelques-unes (observations de Güntz et de Vidart) nous n'oserions affirmer le rôle d'un facteur unique, la blennorrhagie ; il semble bien en effet qu'il s'agit dans ces deux observations de rhumatisme franc développé au cours de la blennorrhagie ; du reste l'évolution particulière de l'affection qui s'est terminée par la mort, le grand nombre des articulations atteintes, la fièvre avec sueur, tout cela se rapproche du rhumatisme ordinaire. Quelques autres signalent les coïncidences de phénomènes morbides du côté de l'endocarde. Malgré tout, en ne tenant compte que des faits où la péricardite existe seule ou à peu près seule, et qui portent le moins à la discussion, nous avons pu réunir six observations : Brandes, Hervieux, Lacassagne, Baisle, Souplet, Morax. C'est en ne les perdant pas de vue que nous exposerons les symptômes de la marche de l'affection. Nous terminerons cette revue clinique par quelques considérations sur la pathogénie que nous croyons pouvoir invoquer dans la circonstance.

SYMPTOMES ET MARCHE

Il suffit d'analyser les observations que nous rapportons dans le présent travail pour que cette conclusion s'impose : La péricardite blennorrhagique n'a pas de signes propres : ses symptômes sont ceux de la péricardite ordinaire.

LEHMANN dit : « On constatait une péricardite notable ; le bruit de frottement fut très fort ; les mouvements du cœur irréguliers ; la percussion donna un son mat dans une plus grande étendue, il y avait des palpitations et des douleurs dans la région précordiale ; pouls accéléré et tendu. » — C'est bien là le tableau classique de la péricardite.

TIXIER se contente d'inscrire le mot péricardite au titre de son observation, sans plus.

HERVIEUX : « Le malade éprouve un malaise général : il a de la fièvre le soir, et le lendemain matin se déclare un sentiment de gêne à la région précordiale : nous avons les signes d'un épanchement péricardique, les bruits cardiaques sont sourds, éloignés de l'oreille, en même temps qu'ils présentent une certaine irrégularité, le tout sans modifications dans le timbre. »

GÜNTZ dit simplement : « Une péricardite avec tous ses symptômes se manifesta. »

VIDART signale seulement à l'autopsie le dépolissement, sur une très petite étendue, du feuillet épithélial du péricarde.

BAISLE parle d'un « léger frottement péricardique. »

GLUZINSKI, MAC DONNELL sont aussi précis, posant nettement le diagnostic de péricardite sans s'attarder.

De même SOUPLET et MORAX.

Ainsi au point de vue symptomatique la péricardite blennorrhagique ne présente rien de spécial.

Dans plusieurs de nos observations il est spécifié que le rhumatisme n'est pas l'intermédiaire nécessaire entre l'affection du cœur et l'urétrite. Dans les observations de Gluzinski, de Lacassagne, de Souplet les articulations furent indemnes.

Dans les cas de Mac Donnel, de Baisle, de Leloir, les manifestations articulaires furent très peu marquées. Il y a plus : un fait montre nettement que la péricardite est sans rapport avec le rhumatisme franc non blennorrhagique, c'est que dans plusieurs cas il est noté expressément comme dans les observations de Baisle, de Mac Donnel, etc., que le malade n'avait pas d'antécédents rhumatismaux.

Si dans certains cas, on a voulu établir, à juste titre, peut-être comme dans le cas de Güntz, une relation avec le rhumatisme franc, il n'est pas possible de généraliser l'explication. Pour le malade de Baisle on note dans l'observation l'inefficacité du traitement qui fut tenté

par le salicylate de soude continué pendant six jours. Enfin le froid signalé dans quelques observations n'agit que comme cause déterminante ; personne, aujourd'hui, ne lui attribue plus la valeur d'une cause efficiente, qu'il s'agisse de n'importe quelle maladie infectieuse. Le symptôme *sueurs* qui dans l'histoire du rhumatisme franc a une grande importance, disparaît, pour ainsi dire ici, ou tout au moins est relégué au dernier plan : seul, sur nos treize observations, Güntz signale des sueurs chez son malade.

De même la fièvre est en général très peu prononcée ; cas de Hervieux, Lacassagne, Leloir, Baisle, Gluzinski, Mac Donnel, Souplet.

Nous ne croyons pas qu'il soit possible de décrire des formes de la péricardite blennorrhagique.

Nous l'avons vu, au point de vue symptomatique rien de spécial ne peut lui être attribué, et elle se comporte le plus souvent avec une bénignité relative. Dans l'endocardite blennorrhagique on a pu décrire deux formes, l'une bénigne, l'autre maligne. Toutes les observations terminées par la mort au cours de la péricardite et marquées par un complexe symptomatique grave ne sont pas des observations de péricardite pure : il y avait toujours soit coïncidence de rhumatisme grave, soit plus souvent encore d'endocardite et de myocardite. La seule remarque importante qu'il nous soit donné de faire, c'est de rappeler que Gluzinski a trouvé des cas de péricardite très atténués. Il a observé huit malades qui ont présenté une forme de péricardite qu'il appelle ambulatoire. Tout se

bornait à un bruit de frottement péricardique palpable à la main; il n'y avait ni fièvre, ni signe d'état général. Enfin notons que chez un de ses malades il y eut à plusieurs reprises des signes intermittents de péricardite : finalement le malade fut pris de douleurs articulaires sans altérations objectives et à ce moment on constata un bruit systolique. Peut-être y aurait-il lieu de rapprocher la forme ambulatoire de certains troubles cardiaques légers constatés par Arnozan et Cheminade après Lœb. Mais, sauf dans ces cas de Gluzinski, il s'agit toujours d'une forme de péricardite avec épanchement.

A quelle époque de la blennorrhagie apparaît la péricardite ?

Le plus grand nombre des observations (quelques-unes étant muettes à cet égard) permet de répondre à cette question ; sauf le cas d'Hervieux où la complication péricardique s'est montrée au bout de huit jours, il semble bien qu'elle apparaît à peu près six semaines après le début de l'infection uréthrale :

Tixier	donne	6 semaines
Mac Donnell	—	5 —
Souplet	—	5 —
Baisle	—	10 —
Leloir	—	5 —

Telle est aussi l'opinion de Gluzinski.

Quelle est la fréquence de la péricardite ?

Si l'on s'en rapporte au nombre d'observations

publiées, évidemment cette manifestation de la blennorrhagie est rare. Mais, comme le dit Gluzinski, il est évident que le nombre de cas pourrait augmenter si dans chaque cas de rhumatisme on cherchait la blennorrhagie. C'est aussi l'opinion émise par Audry, qui fait remarquer qu'il est rare qu'on ausculte les blennorrhagiens. Quoiqu'il en soit, la péricardite blennorrhagique, peu cherchée jusqu'ici il est vrai, est une complication des plus rares.

Nous avons pour l'exposé de notre sujet relaté plus spécialement les observations où la péricardite s'est montrée comme la principale manifestation. Souvent cependant les accidents du côté du péricarde ne peuvent être isolés de ceux qui atteignent l'endocarde ou même le myocarde. Mais dans tous ces cas la symptomatologie rappelle exactement celle de l'endocardite ; elle diffère complètement de cette symptomatologie peu bruyante qui est celle de la péricardite.

Comment se termine la péricardite ? Tantôt et le plus souvent elle se termine assez rapidement par la résolution. La longue durée n'est spécifiée que dans les observations de Mac Donnell et de Gluzinski. En règle, la durée est courte (Brandes, Hervieux, Lacassagne, Baisle, Souplet, Morax, Prévost) : de dix à quinze jours environ. Quelquefois elle est la première manifestation d'une atteinte de tout le cœur, et il est ultérieurement possible de constater des lésions valvulaires.

Le diagnostic n'offre rien de spécial à considérer.

NATURE ET PATHOGÉNIE
DE LA
PÉRICARDITE BLENNORRHAGIQUE

Sous quelle influence se montre la péricardite, à quoi faut-il la rattacher : telle est la question qu'il nous reste à aborder. Il faut l'avouer, toute réponse directe, définitive, est actuellement impossible : nous ne connaissons pas de faits bien démontrés relatant la présence du gonocoque, et du gonocoque seul, dans le péricarde. Il n'existe pas davantage à notre avis de preuves certaines que la péricardite blennorrhagique soit le fait de tel ou tel autre microbe. Dans ces conditions, notre rôle se réduit à chercher, d'une part, s'il est possible ou non de rattacher étroitement l'affection cardiaque à l'affection uréthrale et en second lieu à voir s'il est permis d'assimiler la péricardite à d'autres manifestations à distance de la blennorrhagie mieux étudiées.

Le premier point ne nous arrêtera pas : nous avons montré dans les pages précédentes que la péricardite est liée à la blennorrhagie, qu'elle peut évoluer comme seule

complication, enfin qu'elle n'a nul besoin de l'apparition du rhumatisme blennorrhagique pour apparaître.

Du reste l'endocardite blennorrhagique, qui n'est plus contestée aujourd'hui, est souvent associée à la péricardite : dans quelques-unes de nos observations la coexistence des deux maladies est expressément signalée et un certain nombre qui n'entrent pas dans notre sujet parce que l'endocardite y tient la première place insistent sur la simultanéité des deux affections. Il nous semble donc que la péricardite blennorrhagique, moins connue que l'endocardite parce qu'elle est beaucoup plus bénigne, n'est pas plus contestable que cette dernière. Il y a plus : on pourrait invoquer la réalité de la pleurésie blennorrhagique en faveur de la péricardite. La pleurésie n'a pour ainsi dire jamais été étudiée. Tixier et Vidart en ont signalé des observations, mais elles sont ou douteuses ou discutables. Mac Donnell, Baisle, Souplet dans leurs observations la signalent en passant, et cela suffit pour que nous insistions sur l'importance qu'il y a à noter que les deux séreuses ont été simultanément atteintes. Enfin l'année dernière Chiasio et Isnardi ont publié une observation qui fait époque : chez une petite fille de dix ans atteinte de vulvo-vaginite, suite de viol, apparut un rhumatisme blennorrhagique et un épanchement pleural qui ponctionné se montra contenir le gonocoque. Le microbe qui fut trouvé par Mazza répondait en effet à tous les caractères biologiques connus de celui-ci : siège à l'intérieur du leucocyte et des cellules endothéliales, forme typique, décoloration par le Gramm, cultures par la

seule méthode de Wertheim. Une semblable constatation venant après celle de la coexistence de la péricardite et de la pleurésie, ne nous permet-elle pas d'inférer jusqu'à un certain point que les deux séreuses doivent être atteintes par le même processus.

Pour répondre à notre deuxième question il nous suffira de jeter un coup d'œil sur quelques-unes de nos acquisitions récentes dans la connaissance du gonocoque et nous pourrons décider ensuite s'il est téméraire d'invoquer pour la production de la péricardite au cours de la blennorrhagie un processus qui est absolument démontré pour tant d'autres complications à distance. Touton, résumant l'année dernière au congrès de Rome les opinions les plus récentes sur le gonocoque, disait : « Les affections que nous voyons se produire en divers points éloignés du corps, consécutivement à une blennorrhagie primitive, peuvent toutes, au point de vue théorique, être considérées comme étant causées par le gonocoque lui-même ou par ses toxines (métastases à gonocoques). » Du reste la manière de voir empruntée à Bumm qui croyait l'épithélium cylindrique seul susceptible d'être attaqué par les microbes est depuis longtemps abandonnée : on a peu à peu montré que le gonocoque attaquait les épithéliums pavimenteux et on l'a signalé dans les glandes de Tyson et de Bartholin, dans le péritoine, etc. Puis Dinkler, Finger, Touton, Neisser ont admis d'après leurs recherches que le gonocoque peut se rencontrer dans la profondeur des tissus ; Touton, dans sa communication déjà citée s'exprime ainsi : « Le tissu conjonctif, également

aussi bien celui qui est recouvert d'un épithélium que celui qui supporte un endothélium (membranes synoviales et séreuses) peut être le siège d'une invasion de gonocoques : la diffusion de ces derniers se fait par la voie lymphatique. » Déjà Wolff avait vu le gonocoque dans l'adénite de la blennorrhagie puis Ehrmann l'avait signalé dans les voies lymphatiques. D'autres, Hamonic, Jullien, Golacz, ont vu le gonocoque dans le sang. Quelque combattue que soit cette manière de voir, il nous faut cependant signaler encore le fait de Moncorvo qui trouva le gonocoque dans le sang retiré de la pulpe du doigt chez un nourrisson atteint de vulvo-vaginite. Dans deux cas de rhumatisme blennorrhagique Hewes, (1894) a aussi trouvé dans le sang des micro-organismes spécifiques. Enfin, l'un des auteurs les plus qualifiés dans cette question de bactériologie, Wertheim, vient de présenter ces jours-ci à la Société impéριο-royale des médecins de Vienne (14 juin) une observation du plus haut intérêt. Non seulement il a constaté l'existence d'une cystite à gonocoques chez une petite fille de huit ans atteinte de vulvo-vaginite et d'arthrite suppurée, mais l'autopsie lui a permis de rencontrer de nombreux gonocoques dans la muqueuse vésicale elle-même, dans le tissu sous-muqueux et enfin dans une veine thrombosée sous-muqueuse. Aussi la généralisation de la blennorrhagie se fait-elle pour lui par pénétration directe des gonocoques dans le système sanguin.

C'est d'autre part la conclusion à laquelle arrivent dans leur mémoire Finger, Ghon et Schlagenhauser ; d'après

les autopsies qu'ils ont faites après inoculations, les gonocoques, selon eux, n'existent pas seulement à la surface, mais aussi dans l'épaisseur même des tissus. « Il est évident, ajoutent-ils, que les gonocoques sont transportés dans la circulation sanguine à l'état isolé ou inclus dans des leucocytes. » C'est l'explication naturelle et unique à donner à un grand nombre de constatations irréfutables au point de vue de la bactériologie la plus rigoureuse. Pour prendre un exemple, voyons ce que nous savons de la présence du gonocoque dans le système locomoteur. Longtemps on nia sa présence malgré les faits de Kammerer, Bergmann, Bumm, Hall, Sahli. Mais depuis sont venus bien d'autres faits confirmatifs. Deutschmann (1890) trouve des gonocoques dans un exsudat du genou. Lindermann (1892) en trouve également. Stern (1892) rapporte le cas d'un arthrite tibio-tarsienne à gonocoques. En 1893 Horwitz rencontre des gonocoques dans le pus d'un abcès du dos du métacarpe et complète la démonstration par des cultures positives; Rendu signale à la Société médicale des hôpitaux une arthrite à gonocoques. Létienne rapporte un cas de suppuration d'une gaine tendineuse du pouce avec gonocoques; Tollemer et Macaigne publient dans la *Revue de Médecine* un cas de synovite tendineuse suppurée due au gonocoque; Höck relate à la Société viennoise de Dermatologie l'histoire de deux malades qui présentent des gonocoques l'un dans le genou, l'autre dans l'articulation tibio-tarsienne gauche; tous deux étaient atteints d'ophtalmie blennorrhagique des nouveau-nés à gonocoques.

Les préparations furent contrôlées par Wertheim. En 1894 nous trouvons un cas de synovite gonococcique avec cultures dû à Macaigne et Finet; une observation de Finger avec arthrite du genou à gonocoques et périchondrite de la quatrième côte gauche à gonocoques : l'infection était consécutive à une blennorrhagie ophtalmique; un cas de Neisser, arthrite aiguë des articulations tibio-tarsienne droite et inter-phalangienne du médius droit; les deux foyers ponctionnés donnèrent le second trois petites colonies et le premier de nombreux gonocoques que l'on put cultiver; une observation de Dott, Respighi et Burci dans laquelle, après une ponction sans résultat faite au dix-septième jour, une seconde ponction du genou faite le vingtième jour amena la sortie de 120 grammes de liquide contenant des gonocoques qui donnèrent huit cultures, ponctions obtenues selon la méthode de Wertheim. Il est inutile, pensons-nous, d'insister davantage et de relater par exemple le résultat des inoculations pratiquées soit par Wertheim, soit par Finger, Ghon et Schlagenhauser; nous croyons avoir réussi à montrer qu'il existe des observations inattaquables où le gonocoque est sans conteste apporté par la voie sanguine. Et, pour en revenir à notre point de départ, nous croyons légitime de faire ressortir le lien possible entre le gonocoque et la péricardite.

Il est un premier fait à mettre en lumière. Aussi bien que pour l'endocardite il est dans la péricardite un certain nombre d'observations où la manifestation cardiaque s'est développée soit en dehors et indépendamment, soit

antérieurement au rhumatisme blennorrhagique. Dans le plus grand nombre des cas observés par Gluzinski, « le rhumatisme articulaire ne constituait pas le moyen terme entre l'affection du cœur et l'urétrite ; » les cas qui sont visés par lui sont des cas de péricardite. Dans l'observation de cet auteur que nous publions, le fait est particulièrement net. Un blennorrhagien au cours d'une blennorrhagie à rechutes et de longue durée est pris à chaque recrudescence d'accidents du côté de son péricarde. Pendant plusieurs attaques la péricardite se montre isolée ; une fois cependant, comme pour ne laisser aucun doute sur la nature blennorrhagique des accidents cardiaques il apparut simultanément du rhumatisme localisé à deux articulations. C'est seulement à la troisième atteinte que se montra ce rhumatisme. Voici maintenant comme s'exprime Mac Donnel à propos de l'observation que nous rapportons : « Ce cas, dit-il, montre très nettement que le rhumatisme blennorrhagique peut donner lieu à des affections cardiaques. Un jeune homme, ni personnellement ni héréditairement prédisposé au rhumatisme, dans la cinquième semaine de sa deuxième chaudepisse, est exposé au froid prolongé, suivi de légères douleurs articulaires, surtout dans les genoux, et pas assez fortes pour le faire garder le lit. Après quatre jours, ses douleurs articulaires transitoires le quittent et il est subitement atteint de douleur péricardique et de dyspnée. Les signes physiques de la péricardite sont reconnus. Rien de plus du côté des articulations, mais l'écoulement urétral continue et les signes de la péricardite disparaissent. Le

trentième jour de la maladie, un épanchement se fait dans le péricarde et les plèvres. Finalement, tous les signes physiques disparaissent excepté un bruit systolique très marqué à la pointe. » Les malades des observations de Lacassagne et de Souplet n'ont pas présenté de rhumatisme blennorrhagique.

Quelle relation faut-il établir entre le gonocoque et la péricardite? Gluzinski faisait remarquer qu'à priori l'affection cardiaque ne doit pas être considérée comme de même nature qu'une orchite ou une cystite qui sont des complications par continuité directe. Puis après avoir fait ressortir qu'on peut admettre deux séries d'explications, soit l'action du gonocoque, soit que la séreuse est affaiblie par la blennorrhagie et que d'autres microcoques peuvent s'y établir et constituer une infection mixte, il en arrive à dire que cette conclusion, à savoir que l'urétrite blennorrhagique peut être la cause médiate ou immédiate d'une affection cardiaque n'est pas trop hasardée. Audry dit que l'on aurait mauvaise grâce à nier la possibilité de la péricardite blennorrhagique; malgré les réserves de Talamon pour qui le fait de Lehman est le seul net, il accepte les observations de Lehman, de Tixier, de Guntz, de Lacassagne. Nous rapportons à la fin de ce travail treize observations qui toutes se rapportent à des cas de péricardite bien observés: plusieurs de ces faits sont d'une netteté indiscutable. Aussi, tout en reconnaissant que la bactériologie n'a pu encore se prononcer comme elle semble l'avoir fait pour l'endocardite puisqu'on a publié six observations qui plaident en faveur

de l'endocardite gonococcique (De la Croix), pensons-nous qu'il n'y a pas de raisons capitales pour faire de la péricardite blennorrhagique une infection secondaire et qu'il est admissible aujourd'hui de généraliser à la séreuse cardiaque les processus que nous avons vu applicables à d'autres manifestations en invoquant le rôle prépondérant du microbe de Neisser, et d'estimer que les données actuelles sur la blennorrhagie permettent d'accepter l'idée d'une relation étroite entre le gonocoque et la péricardite.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Communiquée à Brandes par Lehmann.)

Homme, 50 ans. Depuis dix ans, cinq gonorrhées suivies chaque fois d'arthropathies plus ou moins graves. Nouvel écoulement, et bientôt après, douleurs violentes; gonflement de plusieurs articulations surtout du genou. En même temps, forte fièvre, insomnie, délire, revenant par paroxysmes.

A ces symptômes, se joignit quelques jours après, une ophtalmie ayant la forme d'une inflammation catarrhale de la conjonctive, de la sclérotique et de celle des paupières; mais, outre les arthropathies et l'ophtalmie, on constatait une péricardite notable; le bruit de frottement fut très fort; les mouvements du cœur irréguliers; la percussion donna un son mat dans une plus grande étendue; il y avait des palpitations et des douleurs dans la région précordiale; pouls accéléré et tendu. Ces symptômes disparaissent après une saignée, du calomel et de l'opium.

OBSERVATION II

(Publiée par M. le Dr Hervieux, dans la *Gazette médicale de Paris* (Juin 1858.)

Blennorrhagie. — Douleurs articulaires. — Péricardite.

X..., 23 ans, entre le 6 mars 1858 à l'hôpital du Midi. Ce malade est atteint depuis trois semaines d'une blennorrhagie, qui s'est compliquée depuis cinq jours de douleurs articulaires, principalement localisées dans le genou droit; pas de fièvre.

Le 13 mars, sans cause extérieure appréciable, insomnie, douleurs dans les deux genoux et dans les diverses jointures des membres supérieurs et inférieurs. Bruit de souffle à la base du cœur au premier temps, pulsations cardiaques très sensibles.

Les jours suivants, cet état général persiste, mais les douleurs et le gonflement se localisent dans les deux genoux et les articulations tibio-tarsiennes, dans les épaules et les poignets, le gauche surtout.

Le 21, il n'y avait plus rien aux membres supérieurs. Les deux genoux étaient toujours tuméfiés, le gauche un peu moins, mais dans le droit, il fut possible de constater une certaine quantité de liquide synovial.

Le 12 avril, le malade demande son exeat. Les articulations sont en très bon état, le bruit de souffle cardiaque persiste encore.

Il revient le 27. Il a été repris de nouvelles douleurs il y a deux jours; la souffrance a paru d'abord au niveau du talon; le lendemain, la douleur s'était étendue et retentissait sur toute la longueur de la jambe, suivant la direction du nerf sciatique, il éprouvait aussi de la douleur dans le genou droit. Il n'y a pas de fièvre, l'appétit se maintient.

Salsepareille, sirop sudorifique, pommade mercurielle belladonnée; 2 degrés. Quelque temps après, on reprend les douches et bains sulfureux.

Le 4 avril, le malade allait très bien, l'écoulement avait diminué, aucune souffrance en urinant.

Le 14, le malade éprouve un malaise général, il a de la fièvre le soir, et le lendemain matin, se déclare un sentiment de gêne à la région précordiale; nous avons les signes d'un épanchement péricardique, les bruits cardiaques sont sourds, éloignés de l'oreille, en même temps qu'ils présentent une certaine irrégularité, le tout sans modifications dans le timbre.

Vésicatoire, bouillons.

La fièvre disparaît, mais la perturbation des bruits et mouvements du cœur persiste.

Le 21, on prescrit un nouveau vésicatoire; poudre de digitale, 0,08 en 6 pilules.

Le 30, le malade allait beaucoup mieux; le sentiment de gêne précordiale s'était dissipé; le lendemain, il était encore une fois pris de douleurs dans les bras, mais d'une manière beaucoup plus légère que précédemment.

Enfin, le 10 mai, le malade ne souffrait plus et se levait; seulement l'écoulement n'avait pas disparu.

Il quitte la maison de santé après un séjour de deux mois; depuis, nous n'en avons plus entendu parler.

OBSERVATION III

(Observation VIII. *Thèse de Tixier*. Paris 1866.)

Blennorrhagie. — Accidents articulaires. — Récidive. — Sciatique. — Péricardite.

A..., âgé de 24 ans, employé de commerce, entre à la maison de santé le 8 mars 1866, service de M. Cazalis. Il est blond, d'un tempérament lymphatique, il a toujours joui d'une bonne santé. Cependant, il y a sept ans, il aurait eu pour la première fois une petite atteinte de rhumatisme qui dura dix ou quinze jours;

depuis, il n'avait jamais eu aucune manifestation rhumatismale.

Le 25 février, quelques jours après des rapports suspects, apparut chez lui un écoulement urétral ; il prit presque immédiatement du copahu, et huit jours après, il éprouva dans les articulations des jambes et des bras des douleurs très vives avec légère tuméfaction et un peu de fièvre.

Le jour de son entrée, l'écoulement persistait, peut-être un peu moindre, mais le seul fait qui l'ait frappé est la disparition complète de toute douleur pendant la miction, à partir du moment où sont prises les articulations ; les genoux continuent à être douloureux ; faible tuméfaction, pas de rougeur ; léger mouvement fébrile.

Salsepareille, sirop sudorifique ; pommade belladonée ; lavement de glycérine ; 2 bouillons, 2 potages.

Quand la douleur fut calmée, au bout de quelques jours, on lui donna d'abord des douches et bains de vapeur, et à partir du 18 mars, on le mit à l'usage des douches et bains sulfureux à demi-dose.

Depuis longtemps, l'appétit était bon, l'état général très satisfaisant, le malade se levait, ne souffrait plus dans les jambes ; il se croyait guéri, l'écoulement continuait, et il demande à sortir le 20 mars.

OBSERVATION IV

(de Güntz. — *Annales de Schmidt* 1867 — citée par Vidart.)

Jeune soldat de 21 ans, d'une constitution robuste ; n'a jamais eu la moindre maladie. Il y a quelques semaines, il accomplit un coît en plein air ; peu de jours après, blennorrhagie intense, très douloureuse.

Quelques jours après l'apparition de cet écoulement survinrent des frissons, une fièvre intense et des symptômes gastriques, puis une douleur dans le genou. Toutes les grandes jointures furent ensuite prises presque simultanément.

Le malade reste dans le décubitus dorsal, immobile. L'écoulement blennorrhagique disparut à l'apparition des fluxions articulaires et de la fièvre ; pas le moindre suintement ; les émissions d'urine sont douloureuses par moments, pas de signes d'inflammation du méat urinaire, ni des organes génitaux. Les articulations prises en premier lieu se dégagèrent un peu, aussitôt qu'une nouvelle jointure plus éloignée devint le siège d'une fluxion subite. Un jour, il y avait simultanément sept articulations qui étaient immobiles, rouges, gonflées, douloureuses, au même degré. L'examen des urines démontra la présence d'urates et de phosphates ; même constitution du sang que dans le rhumatisme aigu, sueurs profuses, miliaire étendue.

L'évolution de la grande fièvre eut beaucoup de ressemblance avec celle du rhumatisme aigu, et, en effet, la marche progressive de l'intensité de la fièvre précéda régulièrement la propagation de l'envahissement des jointures. Dans le courant de la troisième semaine, la courbe de la température qui baissait régulièrement tous les jours se releva brusquement un matin.

Une péricardite avec tous ses symptômes se manifesta.

Saignées répétées à profusion.

Vessie de glace sur la région précordiale, calomel à haute dose, rien ne put empêcher l'évolution rapide de la température même pendant un seul jour.

Apparition d'une méningite. Mort.

OBSERVATION V

(Observation publiée par M. Lacassagne.)

Tabarau (Alexis), sapeur au 2^e génie, âgé de 21 ans, entre le 18 juillet 1871 à l'hôpital Saint-Éloi. Il est couché dans le service de M. Lacassagne au n° 16 de la salle Saint-Barthélemy. C'est un garçon d'une bonne constitution ; jusqu'à l'époque de la campagne de 1870-1871, il s'est toujours bien porté, sauf quelques

chaudepisses qui n'ont jamais amené de complications articulaires ou autres. Pendant sa captivité en Prusse, il a eu une pneumonie, des fièvres intermittentes et de la dysenterie. Sous l'influence du froid humide il a ressenti quelques douleurs articulaires, c'est la seule fois qu'il a pu constater des douleurs rhumatoïdes. Dès sa jeunesse et avant sa captivité, il était sujet à éprouver quelques palpitations quand il courait ou montait trop vite un escalier.

Tels sont les antécédents qu'il raconte à son entrée à l'hôpital.

A ce moment, il avait une assez forte diarrhée qui attire tout d'abord l'attention. Mais, deux jours après, il accuse de vives douleurs constrictives en barre, à la base de la poitrine, et une sorte d'angoisse précordiale.

La position horizontale est impossible, le malade reste assis sur son lit.

Dans la poitrine, il n'y a qu'un peu de bronchite. Pour le cœur, on sent à la palpation un frémissement caractéristique; la matité est plus étendue et enfin on entend un bruit de rappel ou de galop parfaitement accusé. Le bruit systolique était normal (peut-être un peu soufflé), le second bruit était un frottement port-systolique occupant le petit silence, le troisième bruit était le son normal.

Il y avait en même temps de la céphalalgie et de la fièvre. Température : 39° 3. Le pouls plein, résistant : 106 pulsations. La maladie évolue régulièrement, de temps en temps quelques accès de palpitation. Syncope. Le premier jour on appliqua quelques ventouses scarifiées, puis on donna des calmants et un peu de digitale.

Le 23, le malade est définitivement mieux : la température est redevenue normale : 37° 2. A la visite, il nous apprend qu'il a constaté le matin en s'éveillant un écoulement blennorrhagique assez abondant. Et alors il raconte, pour la première fois, qu'il avait la chaudepisse avant son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire le jour même, où a commencé sa maladie. Pendant tout le temps de la péricardite, il n'a pas trouvé la moindre trace d'écoulement (rien sur sa chemise, sur ses draps) et le 23 au matin il a été très étonné de le voir reparaitre.

A partir de ce moment, les signes de la péricardite ont complètement disparu et la chaudepisse a évolué régulièrement.

Sans avoir au cœur des signes stéthoscopiques appréciables, le malade est toujours sujet aux palpitations. L'organe central est tel que nous l'avons constaté le jour de son entrée à l'hôpital, le 19.

6 août. — A 2 heures de l'après-midi, il ressent de violentes palpitations. Celles-ci durent toute la nuit et empêchent le sommeil; elles ne disparaissent que le 7 au matin. Pendant ce temps, l'écoulement blennorrhagique s'apaise.

Le 7, à la visite du matin, l'écoulement est insignifiant, quelques palpitations comme hier. Digitale en potion. Le 8, submatité à la percussion dans la région précordiale; à l'auscultation, le premier ton est légèrement soufflé. Écoulement presque nul.

Bromure de potassium : 4 gr. 50.

Digitale.

Le 10, on commence les injections uréthrales; les palpitations sont moins fortes.

Cet état s'améliore chaque jour, et le 15, le malade va en convalescence.

L'examen complet fait ce jour-là montre l'écoulement à peu près tari. Du côté du cœur, pas de palpitation. A la percussion, rien d'anormal; à la palpation, on sent surtout le bruit systolique et l'auscultation montre celui-ci un peu éclatant.

OBSERVATION VI

(Observation IX, Thèse de Vidart.)

Le nommé Jacques X..., âgé de 38 ans, entré à la maison de santé le 26 juillet 1874. Ce malade est d'une constitution robuste, il exerce la profession d'orfèvre.

Il y a dix ans, il a eu une attaque de rhumatisme qui l'a obligé à garder le repos au lit pendant un mois. A cette époque, il n'avait pas eu de blennorrhagie; depuis lors, il en a contracté plusieurs qui ne se sont jamais accompagnées d'accidents rhumatismaux.

Il y a trois semaines environ, il a contracté une dernière blennorrhagie à forme franchement aiguë.

Le 26 juillet, il est pris de frissons avec fièvre suivis de douleurs articulaires, ayant débuté par les genoux et les cous-de-pied.

A son entrée, le malade se plaint de douleurs dans les articulations des membres inférieurs et dans son épaule gauche. Il a de la fièvre, le pouls est plein, la langue sale. Il n'est pas allé à la garde-robe depuis deux jours.

Les deux genoux, le droit principalement, sont distendus par du liquide.

40 grammes huile de ricin.

Onctions avec : baume tranquille.

27 juillet. — Après sa purgation, le malade a vomi et a eu plusieurs garde-robes. Il est couvert de sueurs, les articulations des bras sont envahies à leur tour.

Rien au cœur. Il tousse un peu, mais la respiration est pure.

Poudre de Dover.

28 juillet. — Le malade, cloué dans son lit, ne peut bouger aucune de ses articulations. Les sueurs sont toujours très abondantes.

Il accuse une douleur rétro-sternale, qui, dit-il, le gêne pour respirer. La respiration est sifflante, mais le murmure vésiculaire est pur.

Il y a un peu d'oppression, pas de maux de tête, pas de délire.

Le pouls est plein et bat 100 pulsations.

Sulfate de quinine, 1 gramme.

29 juillet. — Le malade ayant pris, par erreur, le sulfate de quinine en une seule fois, il s'en est suivi des vomissements et quatre selles sérieuses.

Il a été assoupi toute la nuit et a parlé à plusieurs reprises pendant son sommeil.

Ce matin, toutes les articulations sont dégagées, le malade se dit guéri de son rhumatisme, mais il souffre toujours de cette douleur qu'il localise en avant de la poitrine. La peau est aride et sèche, et l'on remarque dans le dos une éruption de miliaire présentant une légère teinte purpurique.

Pas de maux de tête, pouls 110, respiration superficielle et fréquente, le facies présente quelque chose d'égaré.

A six heures du soir, la fréquence de la respiration est plus

grande, elle est suspicieuse et haletante. La face et les yeux surtout sont très injectés.

120 pulsations. Temp. axill. 40° 8.

Le pouls est plein et fort, la langue est un peu rouge sur les bords.

Rien au cœur ni aux poumons.

Toujours pas de maux de tête, pas de délire, les douleurs articulaires qui avaient disparu le matin, reparaissent.

Nouvelle selle séreuse abondante.

Huit heures du soir. — Le malade est dans le coma, il y a insensibilité complète des téguments, la respiration est très fréquente, et stertoreuse. On couvre de sinapismes les membres et l'on applique vingt ventouses scarifiées sur la poitrine.

A neuf du soir le malade meurt!

Autopsie.

Poumons sains, crépitant partout, aucun signe de congestion pulmonaire.

Le cœur est graisseux. Les deux ventricules et les deux oreillettes sont complètement vides.

Aucune lésion valvulaire.

Sur la face antérieure du cœur, à la partie supérieure de la portion ventriculaire, le feuillet épithélial du péricarde est dépoli sur une très petite étendue.

Méninges. — Les sinus et les veines de la dure-mère sont gorgés de sang.

A la base de l'encéphale, les vaisseaux de la pie-mère sont congestionnés, et bien qu'il existe déjà un commencement de putréfaction, on reconnaît aisément une teinte rouge généralisée. Sur les parties latérales de la convexité, on trouve cette congestion mais à un moindre degré. Sur la convexité des lobes droit et gauche, on trouve un début de pachyméningite. La pie-mère est très adhérente, principalement à la base.

La surface cérébrale est le siège d'un piqueté très épais.

Rien dans les ventricules; les vaisseaux y sont également congestionnés.

La substance cérébrale ne présente rien d'anormal à la coupe.

On ne trouve nulle part sur les méninges la trace d'un travail inflammatoire, aucune exsudation, pas trace de pus.

Rien à noter dans les autres appareils.

OBSERVATION VII

(Observation VIII de Baisle, résumée.)

Paul M..., bijoutier, 48 ans, entré le 19 mai 1888, dans le service de M. le professeur Fournier. Aucune maladie antérieure; parents bien portants, non rhumatisants.

Blennorrhagie contractée vers le 20 mars. Vers le 10 mai, douleurs au genou gauche puis au genou droit, et impossibilité de marcher.

A l'entrée, malade très anémié; hydarthrose des deux genoux. Pied gauche et talon douloureux à la pression et gonflés; œdème périmalléolaire et gonflement douloureux le long des gaines des péroniers latéraux. Ténosite des tendons extenseurs des doigts à droite. Articulations sterno-claviculaires un peu douloureuses à la pression.

Les articulations acromio-claviculaires sont douloureuses pendant vingt-quatre heures, et les mouvements de la tête un peu gênés pendant le même laps de temps.

24 mai. — Vives douleurs à la pression du condyle interne du fémur droit. Température 39 le soir.

25 mai. — Les deux poignets sont atteints. Douleur très intense à la pression dans l'articulation de la première et de la deuxième phalange de l'annulaire droit. Les genoux ont diminué de volume. Pas de palpitations ni de douleurs à la région précordiale: le premier bruit présente un tintement métallique. Température 38,2 et 38,6.

26 mai. On supprime le salicylate de soude donné depuis six jours.

27 mai. — Température 38 et 38,3. Bruit de frottement péricardique.

28 mai. — Douleurs à l'épaule gauche, à l'annulaire gauche et au petit doigt.

29 mai. — Les doigts et les poignets ne sont presque plus douloureux. Bruit de frottement péricardique à la région médiane du cœur.

31 mai. — Température 37,5. Le malade a quelque peine à fléchir les genoux. Voussure à la région précordiale; la matité du cœur est augmentée; bruit de frottement péricardique. Quelques frottements à la base du poumon gauche.

4 juin. — Léger frottement péricardique. Température 38,8 et 38,2.

8 juin. — Rien au cœur. Les douleurs ont disparu sauf à l'articulation de la première et de la deuxième phalange de l'index gauche.

Guérison complète à la fin de juin. Dans la convalescence, le malade a présenté un peu de conjonctivite de l'œil gauche.

OBSERVATION VIII

(Empruntée au mémoire de Gluzinski.)

Le 24 mai, vient à la consultation un homme de vingt-deux ans, solide, se plaignant de palpitations depuis huit jours. Jusqu'alors, il était bien portant, n'avait jamais eu de douleurs dans les articulations ni dans les muscles. L'examen des organes n'a fourni rien d'anormal, excepté le cœur. Pouls 98. Température 37,4. Vibrations cardiaques visibles dans les troisième, quatrième, cinquième espaces intercostaux; à l'auscultation de la base du cou frottement péricardique. Uréthrite muco-purulente. La blennorrhagie date de quatre mois. Urines normales. Le diagnostic est : Péricardite sèche récente causée d'après les données précédentes par la blennorrhagie.

Après le traitement approprié, l'état s'améliora de telle sorte que le 12 juin, examinant le malade pour la troisième fois, on pouvait le considérer comme guéri. Pouls 76.

Plus de frottements ni de vibrations.

Le malade a continué à soigner la blennorrhagie. L'amélioration ne fut pas de longue durée.

Le 14 juillet il revient en disant que « tout était revenu ». En effet, on trouva à l'examen le même état que le 24 mai. Ces symptômes ainsi que la blennorrhagie durèrent quinze jours.

Le 19 septembre, il revient à la consultation ; il y avait huit jours que l'écoulement était revenu plus abondant ; il éprouvait de l'oppression et, après des mouvements, des palpitations. Ce n'est qu'à ce moment qu'il accusa, en outre, une douleur dans le genou et le coude droits. Pas de fièvre. Pouls 116. Frémissement vibratoire sensible à la main. Bruit systolique perceptible à l'auscultation du cœur gauche.

Dans les cinq jours qui suivent, pas d'amélioration visible. Pouls 98. Le 7 octobre le frémissement est moins intense : pouls 84 ; bruit systolique assez fort. Depuis ce moment le malade a été perdu de vue.

OBSERVATION IX

(Observation VI de Mac Donnel empruntée à la thèse de Souplet.)

Blennorrhagie, froids, faibles douleurs articulaires, dyspnée subite et grave, péricardite, endocardite, pleurésie. — Guérison avec persistance du bruit mitral.

D. B..., 22 ans, employé de commerce, de bonne constitution, de petite taille, et bien musclé, a toujours été en bonne santé jusqu'au 8 mai 1890, lorsque, après une longue promenade en voiture, exposé au froid et à l'humidité, il devint tout à fait malade. Quand il descendit de voiture, il remarqua que ses genoux étaient raides et douloureux. Il prit un grog chaud et fut obligé d'aller se coucher immédiatement se trouvant très mal portant. Il dormit mal, à cause de ses sensations de froid et à cause des douleurs qu'il ressentait dans les genoux.

Les douleurs n'étaient pas très fortes et ne disparurent pas par le repos ; en fait, il trouva quelque soulagement en remuant ses jambes. Le matin suivant, quoiqu'il se trouvât fatigué et mal à l'aise, il alla à son bureau, mais au milieu du jour il commença à ressentir de l'oppression dans la poitrine, et fut obligé de se reposer cette après-midi, sans prendre le lit. Le jour suivant était un samedi. Le matin il retourna à son bureau, fit tout ce dont on le chargeait, alla déjeuner chez lui, et dans l'après-midi prit part à l'inspection du corps des volontaires auquel il appartenait. Il ressentit une légère raideur dans les genoux au départ, mais à ce moment il n'éprouva pas de dyspnée ni de douleur cardiaque. Il y avait une grande marche à faire, et à la fin de l'après-midi il éprouva une grande raideur dans les genoux et commença alors, pour la première fois, à éprouver de la douleur dans le poignet et dans les chevilles. Le jour suivant était un dimanche : il resta au lit toute la journée, souffrant seulement de légères douleurs et de raideur dans les genoux, la douleur ayant entièrement abandonné les poignets et les chevilles.

Le jour suivant (le cinquième), en essayant de s'habiller, il se trouva la respiration très courte, et dans la journée la dyspnée augmenta rapidement. Il se trouva mieux assis que courbé et ne put respirer agréablement que debout. Il songea alors à prévenir un médecin, et le Dr Herbert Reddy, appelé, le trouva dans un état grave de dyspnée, ayant quarante respirations par minute. Les pupilles étaient grandement dilatées et le malade était dans l'anxiété. Le pouls était rapide, mais la température n'était pas très élevée. Il n'y avait pas de signes physiques, et les symptômes articulaires avaient, à ce moment, complètement disparu. L'aspect général était celui d'un malade à la première période d'une pneumonie grave. L'après-midi du jour suivant (le sixième), quand je le vis en consultation avec le Dr Reddy qui m'avait appelé, le malade était moins anxieux que le jour précédent. Il y avait encore de l'orthopnée. Les respirations étaient de 36, et la température de 37, 2. L'aspect d'un malade à la première période de la pneumonie était très remarquable, mais il n'y avait aucun signe physique dans les poumons. A la base du cœur un double frottement était distinctement perçu, s'étendant sur une surface d'environ un demi-pouce de diamètre, ayant son centre à l'union du troisième cartilage costal avec le sternum.

Le cœur était rapide, mais régulier, et il n'y avait pas d'accroissement de la zone de matité superficielle.

Avec de tels signes physiques et fonctionnels, le diagnostic de péricardite aiguë fut fait. A ce moment il me parla de ses douleurs articulaires, et me dit qu'il avait un écoulement blennorrhagique depuis cinq semaines.

Le jour suivant (le septième) le frottement péricardique ne put être perçu. Du huitième au dixième jour de la maladie soignée par le Dr Reddy, la dyspnée s'apaisa graduellement, et le frottement ne put pas être perçu.

18 mai (onzième jour). — Il fut admis à *Montreal General Hospital*. Malade un peu pâle; pupilles dilatées; pas de dyspnée manifeste au lit; 20 respirations; pas de gonflement des articulations; décubitus dorsal; l'état d'anxiété que j'avais vu à mon premier examen n'existe plus. Pas de douleur cardiaque ni de palpitations. Le malade ne se plaint de souffrir que quand il fait une longue inspiration. La pointe du cœur est à sa place normale. Le mouvement du cœur est lent et calme. La zone de matité cardiaque superficielle n'est pas augmentée, et il n'y a pas de diminution d'intensité des bruits du cœur. Le bruit systolique s'entend faiblement à la pointe, il ne s'entend pas ailleurs dans la poitrine. Quand le malade est couché sur le dos, ce bruit ne s'entend pas, mais il devient perceptible quand il s'assoit et se penche en avant. A la base du cœur les deux bruits cardiaques sont nets; pouls 66, régulier.

Écoulement urétral depuis six semaines. Il avait presque disparu au moment où il a été en voiture; mais il revint après l'exposition au froid, à cause, pense-t-il, de la grande quantité de grog chaud qu'on lui a donné à ce moment. C'est sa deuxième atteinte de chaudepisse; la première était survenue quelques mois auparavant et fut accompagnée de gonflement testiculaire, mais sans douleur articulaire. L'urine est de quantité et de densité normales, sans albumine. Température, 37°,2.

Il n'a eu aucune maladie antérieure le montrant prédisposé au rhumatisme, pas de scarlatine, pas d'angine, pas de chorée.

Antécédents héréditaires. — Avec l'aide du frère du malade, qui est un médecin, j'ai pu examiner entièrement l'histoire de la famille. Du côté du père, pas de trace de rhumatisme ni de goutte. Du côté de la mère, sur cinq oncles et tantes du malade, une

tante a une maladie de cœur, et les deux fils d'une autre tante ont eu, l'un une affection chronique du cœur, et l'autre des attaques de rhumatisme aigu.

2 juin (vingt-cinquième jour). — Il est depuis une quinzaine à l'hôpital et va bien. La température a été normale ou presque. Le pouls calme. Il a une très légère dyspnée. Le bruit systolique est plus distinct, et maintenant on l'entend facilement dans toutes les positions du malade. Pendant ce jour la température était de 37°,8. — Il se plaignait de l'épigastre.

4 juin (vingt-septième jour). — Le soir, la température a été de 37°,8 pour ces trois derniers jours. Douleurs à la nuque et aux épaules. Gaz abdominaux.

7 juin (trentième jour). — Température 37°,8 et 38°,3 la nuit précédente. Douleur en faisant une grande inspiration. Orthopnée. Aucun autre signe physique nouveau.

8 juin (trente et unième jour). — Température du soir, 39. A la percussion, matité à la base du poumon droit; bruits respiratoires faibles et diminution de la résonance de la voix. A la base gauche légère perte de la résonance. Le mouvement du cœur est maintenant rapide, les bruits sont un peu assourdis. Respiration, 24.

9 juin (trente-deuxième jour). — Aujourd'hui on entend distinctement à la région précordiale, ça et là, un bruit ayant son maximum d'intensité à la jonction du quatrième cartilage costal avec le sternum à gauche, et qui s'entend dans un rayon de un 1/2 pouce. L'augmentation de la matité cardiaque n'est pas perceptible. Il y a évidemment du liquide dans les deux plèvres, car des deux côtés de la poitrine, il y a de la matité jusqu'à l'angle de l'omoplate. Absence du bruit respiratoire. Du côté gauche, sur la zone de matité, il y a de l'égophonie lointaine.

10 juin (trente-troisième jour). — Température, 40 degrés la nuit précédente. Grande agitation et malaise. Les signes physiques n'ont pas changé, si ce n'est que la matité cardiaque s'est accrue du côté droit, dépassant de 1/2 pouce le bord droit du sternum.

Il se plaint beaucoup d'éruclations, et la douleur cardiaque et la dyspnée nuisent à son sommeil.

12 juin (trente-cinquième jour). — La température est tombée. La matité cardiaque n'a pas changé. Les bruits sont assourdis.

13 juin (trente-sixième jour). — Les bruits moins assourdis. Un bruit systolique s'entend encore juste au-dessous du mamelon.

18 juin (quarante et unième jour). — Il y a amélioration générale. Très légère élévation de température les soirs. Egophonie pas aussi bien marquée. Bruit systolique plein maintenant.

9 juillet. — Rentré chez lui à la campagne. Il s'améliora très rapidement, surtout après qu'on lui permit de se lever. Quand il quitta l'hôpital, la matité cardiaque était normale, et, bien que l'égophonie eût entièrement disparu, il y avait encore une bande de matité aux deux bases. Le bruit systolique présente son ancien caractère, étant strictement limité à la pointe. L'écoulement urétral a progressivement disparu.

OBSERVATION X

(Empruntée à Souplet.)

Le nommé Borow..., fourreur, âgé de vingt-neuf ans, entre le 9 mai 1891, salle 6, lit n° 13, à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Balzer. Il vient pour une orchite gauche datant de six jours, survenue au cours d'une blennorrhagie qui a commencé il y a vingt-trois jours. La blennorrhagie est ordinaire; l'orchite, d'intensité moyenne. Nous constatons en outre un début d'orchite droite.

Le malade jusqu'ici n'a pas fait de traitement et n'a pas pris d'injections. Repos au lit, stypage, bicarbonate de soude, salol. Rien dans les urines. Robuste, quoique maigre, il n'a jamais été malade. Pas de renseignements sur ses antécédents héréditaires.

15 mai. — Jus qu'ici rien de remarquable à noter, ni à propos de l'écoulement ni relativement aux orchites. Ce matin le malade se plaint d'inappétence, de nausées légères; il accuse quelques douleurs au niveau des dernières côtes et du diaphragme; état fébrile insignifiant. Pouls normal, plein, un peu accéléré. Urines normales.

24 mai. — Cet état persiste toujours, et rien jusqu'ici n'a pu l'expliquer; cependant aucune amélioration ne s'est produite. Les

douleurs diaphragmatiques sont plus vives. Un peu d'agitation; le malade dort mal. L'état fébrile s'accuse plutôt: température, 38 degrés ce matin. Le pouls est plein, accéléré. Enfin l'on constate des frottements péricardiques intenses.

Les jours suivants les frottements sont toujours intenses; on les perçoit mieux encore quand le malade est assis. Ils présentent, d'un jour à l'autre, des variations d'intensité et de timbre. Pas d'augmentation sensible de la zone de matité cardiaque. Teinture d'iode, ventouses scarifiées. En même temps diminution du bruit respiratoire aux deux bases, et frottements-râles surtout à droite.

L'état général est resté troublé: insomnie, agitation; le malade parle à chaque instant de se lever; oppression assez vive. La température monte un soir jusqu'à 39°, 8.

29 mai. — Les frottements ont pour ainsi dire disparu. La respiration s'améliore. Plus de fièvre. Très grande amélioration.

5 juin. — Guérison. Rien au cœur, rien au poumon. Les deux épидidymites sont terminées: on ne constate que de l'induration, et encore peu volumineuse.

Il est à noter qu'en dehors des faits signalés le malade n'a rien présenté. Il n'y a jamais eu de cystite, jamais d'albumine dans l'urine. Enfin nous n'avons jamais rien constaté de rhumatismal.

OBSERVATION XI

(Communiquée par le Dr Morax, inédite.)

M. X..., 23 ans, contracte une uréthrite blennorrhagique au mois de novembre 89. Écoulement purulent assez abondant avec douleurs, etc. Au quinzième jour survient une élévation de température et en même temps apparaissent des douleurs articulaires vives, atteignant surtout les genoux, les coudes, les poignets et épaules. Température oscille entre 39° et 40°. État général assez mauvais, inappétence, etc. Les manifestations articulaires persistent

pendant quinze jours, non influencées par le traitement ordinaire des arthropathies ; elles sont peu fixes, voyagent d'une articulation à l'autre. La fièvre persiste et au bout de quinze jours l'arthropathie se localise au genou gauche. A ce moment douleur dans la région précordiale et pendant quatre ou cinq jours, frottement péricardique très manifeste avec éloignement des battements du cœur. En cinq ou six jours, ces symptômes s'amendent sans traitement autre qu'un vésicatoire.

Les suites furent fort longues, le malade ayant subi une foule d'autres complications : endormi pour subir le redressement du genou, il est pris d'une syncope très alarmante, nécessitant plusieurs minutes de respiration artificielle.

Ce n'est qu'après trois mois que les phénomènes aigus ont disparu, et au bout d'un an seulement le malade était guéri, avec une ankylose du genou.

OBSERVATION XII

(Domenico Pitruzella, résumée.)

Marie G..., âgée de 22 ans. Père mort d'accident, mère bien portante.

Deux grossesses et une fausse couche. L'un des enfants a six ans, l'autre quatre ; l'avortement est survenu entre les deux grossesses.

Malade depuis le 1^{er} octobre 1894 où elle fut atteinte de pneumonie migratrice. La convalescence fut trainante et marquée par une rechute survenue le 13 novembre. Elle fut soignée à l'hôpital de Son Saverio.

Six jours après sa seconde entrée dans le service, elle est prise d'un prurit douloureux des organes génitaux, puis d'écoulement muco-purulent abondant. L'état s'aggrave et il survient une violente douleur de la région cardiaque avec dyspepsie. La température oscille entre 38 le matin et 39 le soir.

Enfin, le 31 décembre, elle est prise d'un érythème généralisé et elle est envoyée le 4 janvier 1895 dans le service du Dr Tommasoli.

Examen objectif. Erythème généralisé surtout marqué au thorax et aux bras. Plaques nummulaires rougeâtres à centre un peu cyanosé. Léger œdème des malléoles. Poly-adénite glandulaire. Urétrite, vulvo-vaginite et légère métrite. Erosion et sécrétion muco-purulente abondante de la marge de l'anus. Pouls, 112. Respiration abdominale, 40. La pointe du cœur se voit et se sent au bord inférieur de la cinquième côte. Léger frémissement systolique à la pointe. L'aire du cœur est agrandie. Dans les poumons, respiration rude avec râles humides aux deux temps. Urines présentant quelques globules sanguins.

L'état général est médiocre. On trouve des gonocoques dans les sécrétions vaginales.

8 janvier. Température 37°6 et 38°5. L'érythème devient purpurique.

9 janvier. Toux continue. Expectoration muqueuse mêlée de sang. Urines un peu sanglantes. Dans la sécrétion rectale, nombreux gonocoques.

12 janvier. Amélioration des sécrétions purulentes. L'état pulmonaire est toujours mauvais. Les urines renferment des traces d'albumine.

13 janvier. Mort.

Autopsie faite le lendemain.

Cœur. Le péricarde contient une bonne quantité de liquide roussâtre. Endocardite de la mitrale ancienne avec poussée suraiguë récente. Infarctus pulmonaires.

OBSERVATION XIII

(Prévost, Archives médicales belges, janvier 1895.)

M. X..., jeune officier, se présente le 16 courant à ma visite; il est atteint d'une urétrite aiguë qui a débuté la veille. Je lui

ordonne un régime et l'essence de santal en capsules, C'était le mardi, lorsque le vendredi, de bon matin, l'ordonnance de cet officier vient me prier de me rendre sans délai chez M. X... ; un camarade, qui habite la même maison, se trouvait près de lui et me raconte que la veille, au soir, en revenant de dîner, son ami avait été pris subitement, en pleine rue, d'un malaise extraordinaire, et qu'on avait eu toutes les peines du monde à le ramener au logis et à le mettre au lit.

Le malade est étendu, immobile dans son lit ; il est anxieux et se plaint de n'avoir pu fermer l'œil, par suite d'une violente douleur à la région du cœur ; le moindre déplacement de la tête ou du bras gauche lui arrache des cris. Je procède à un examen aussi complet que possible : le thermomètre marque 39°1 ; le pouls est à 21 au 1/4, régulier et mou ; en prenant des précautions inouïes, je parviens à constater que la douleur précordiale augmente et devient angoissante à la moindre pression ; son maximum correspond au troisième espace intercostal ; la percussion n'est pas possible, mais à l'auscultation s'entend un bruit de frottement, un bruit de râpe assez rugueux ; à la pointe, s'entend un souffle systolique assez doux.

Il n'y a pas de doute : je suis en présence d'une endopéricardite développée dans le cours d'une uréthrite aiguë encore à ses débuts. Quelle en est la cause déterminante ? Nous voyons tous les jours des uréthrites chez des jeunes gens de vingt ans, moins vigoureux certes que M. X..., qui, d'autre part, n'a jamais été malade, et nous n'observons jamais d'accidents se développant avec cette soudaineté et cette gravité. C'est que pour moi il a dû se passer quelque chose d'anormal depuis sa visite chez moi, et la clef du mystère se trouve là sous mes yeux : sur la tablette d'un secrétaire, à hauteur de deux mètres au-dessus du sol, se trouvent un irrigateur, et une bouteille contenant une solution de permanganate de potasse à 0 gr. 30 p. 1000 ; le jeune homme a enfreint ma défense, et la veille, à 4 heures de l'après-midi, il s'est fait un lavage de l'urèthre. Il n'a pas beaucoup souffert, prétend-il, malgré la pression de 4 m. 50, sous laquelle s'est faite la pénétration du liquide. Mais, pour moi, il a dû éprouver une douleur assez grande, car c'est à peine — il l'avoue, et je le constate moi-même — s'il s'est injecté plus de 150 centimètres cubes. Quoiqu'il en soit, l'affection cardiaque existe maintenant, et sans vouloir

l'attribuer exclusivement à l'imprudence du malade, on peut la qualifier d'endopéricardite blennorrhagique. Tout allait pour le mieux, après un traitement de huit jours (diète lactée, morphine, vésicatoires), le souffle avait disparu, et l'état général du sujet était des plus satisfaisants, lorsqu'il y a quelques jours une thrombose de la veine humérale à droite est venue assombrir la situation ; je crois même qu'il en existe aussi dans les veines profondes du membre inférieur, car X..., se plaint plus de ses membres inférieurs que de son avant-bras droit, et je pense que si l'œdème, si caractéristique au membre supérieur, ne s'est pas montré jusqu'ici au membre inférieur, c'est ou qu'il aura été fugace ou qu'il n'apparaîtra que plus tard, quelques jours après la douleur, comme cela arrive parfois.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BRANDES. — *Archiv. gén. de méd.* 1854.
HERVIEUX. — *Gaz. méd. de Paris.* 1858.
RICORD. — *Traité de Hunter.* 1859.
SIGMUND. — *Wiener medicin. Wochens.* 1858.
TIXIER. — *Th. Paris.* 1866.
GÜNTZ. — *Schmidt's Jahrbücher.* 1867.
LACASSAGNE. — *Archiv. gén. méd.* 1872.
VIDART. — *Th. Paris.* 1875.
TALAMON. — *Rev. méd.* 1878.
LAPERSONNE (de). — *Th. d'agrég.* 1886.
BAISLE. — *Th. Paris.* 1888.
GLUZINSKI. — *Przegląd Lekarski.* 1889.
MAC DONNELL. — *The American Journal, of the medical Science.* 1891.
SOUPLET. — *Th. Paris.* 1893.
PITRUZZELLA. — *Giornale Itali. dell' malad. ven.* 1895.
SCHIASIO ET ISNARDI. — *Gaz. méd. di Torino.* 1894.
NEISSER. — *Deutsch. méd. Woch.* 1894.
HORVITZ. — *Wiener. klini. Woch.* 1893.
MACAIGNE ET FINET. — *Soc. anal.* 1894.
STERN. — *Munch. Méd. Woch.* 1892.
DOTT, RESPIGHI ET BURCI. — *Lo Sperim.* 1894.
ANDRY. — *Précis des mal. blenn.* 1894.
HEWES. — *The Boston méd. and surg. Journal* 1894, tome 2, p. 515.
PRÉVOST. — Des déterminations cardiaques de la blennorrhagie.
(*Archives méd. belges.* Janvier 1895.)

Vu : bon à imprimer :

Vu : Le Doyen de la Faculté,

Le Président de la Thèse,

BROUARDEL.

FOURNIER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

PARIS

IMPRIMERIE NOIZETTE ET C^{ie}

8, RUE CAMPAGNE-PREMIÈRE, 8

~~~~~  
PARIS  
IMPRIMERIE NOIZETTE ET C<sup>e</sup>  
8, rue Campagne-Première, 8  
~~~~~